



030048076

DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE

32. NOMBRE

Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido

33. CERTIFICADO POR

Médica/o pediatra 1 Médica/o Gineco-obstetra 7 Otra/o médica/o* 2 Enfermera/o 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* 4 Partera/o* 5 Autoridad civil* 6 *Especifique _____

34. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES PROFESIONAL DE LA SALUD Número de cédula profesional _____

35. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA

35.1 Nombre de la unidad médica 35.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

36. DOMICILIO Y TELÉFONO

36.1 Tipo de vialidad 36.2 Nombre de la vialidad 36.3 Núm. Ext. 36.4 Núm. Int.

36.5 Tipo de asentamiento humano 36.6 Nombre del asentamiento humano 36.7 Código Postal

36.8 Localidad 36.9 Municipio o Alcaldía

36.10 Entidad federativa 36.11 Teléfono

37. FI Día Mes Año

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE O GESTANTE



FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE



SELLO OFICIAL DE LA UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE